

## 感染予防対策強化研修 申込書

申込日：令和 2 年 月 日

施設名

※研修修了後に施設宛に証明書を発行しますので、施設の正式な名称を記載してください

施設管理者名

住所 〒

TEL

職種（該当に○）		※看護職の方のみ記入 会員(該当にレ点)
医師		<input type="checkbox"/> 茨城県看護協会会員（番号            ）
看護職（保・助・看・准看）		<input type="checkbox"/> 会員申込中（会員証が届いていない方）
		<input type="checkbox"/> 非会員
勤務科		職位
フリガナ		生年月日
申込者 氏名	※住民登録している表記をご記入ください	昭和 平成            年            月            日 (            ) 歳
希望に○	研修日	研修場所
	9/29（火）と9/30（水）の2日間	（水 戸）茨城県立青少年会館
	10/4（日）と10/11（日）の2日間	（水 戸）茨城県開発公社ビル
	10/6（火）と10/7（水）の2日間	（土 浦）厚生連研修センター
	10/13（火）と10/15（木）の2日間	（日 立）日立市消防本部
	11/1（日）と11/8（日）の2日間	（水 戸）茨城県開発公社ビル
	11/16（月）と11/17（火）の2日間	（水 戸）茨城県立青少年会館
	11/19（木）と11/20（金）の2日間	（筑 西）スピカ6階 コミュニティプラザ
	11/26（木）と11/27（金）の2日間	（つくば）つくば研究支援センター

当協会の個人情報保護方針に基づき、研修申込書に記載された個人情報は、研修の資料作成・通知送付・研修に関する連絡で活用するものとします。この範囲を超える場合には、本人の同意を得た上で取り扱います。